FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1966 N° 937

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

GLISSANT, Amélie

Née le 5 Janvier 1942, au Moule (Guadeloupe)

Présentée et soutenue publiquement le *1966*

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES CHYLURIES

Président : Monsieur VERNE, Professeur.

DUPUYTREN-COPY
9, Rue Dupuytren
Paris (6e)
1966

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1966 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

GLISSANT, Amélie

Née le 5 Janvier 1942, au Moule (Guadeloupe)

Présentée et soutenue publiquement le *1966*

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES CHYLURIES

Président : Monsieur VERNE, Professeur.

DUPUYTREN-COPY
9, Rue Dupuytren
Paris (6e)
1966

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. ALAJOUANINE (T.), BENARD (H.), BERNARD (E.), BINET (L.), BULLIARD (H.), CATHALA (J.), CHABROL (E.), CHAILLEY-BERT (P.), CHEYMOL (J.), DEBRE (R.), FEY (B.), GALLIARD (H.), GAUDART D'ALLAINES (F. de), GENNES (L. de), GIROUD (A.), HAZARD (R.), HEUYER (G.), LAROCHE (G.), LAVIER (G.), LELONG (M.), LEVY (Mlle J.), LEVY-SOLAL (E.), LIAN (C.), MARCHAL (G.), MATHIEU (P.), MONOD (R.), MOREAU (R.), MOULONGUET (P.), PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D.), PIEDELIEVRE (R.), QUENU (J.), RENARD (G.), SENEQUE (J.), STROHL (A.), TANON (L.), VERNE (J.).

DOYEN ..... Georges BROUET

1er ASSESSEUR : ..... Daniel BARGETON
2me ASSESSEUR : ..... Jean GOSSET

I.- PROFESSEURS

1°)- CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a)- Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
-	HUARD (P.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
- -	POLONOVSKI (J.)
- -	DESGREZ (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)

MM.

Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
- -	DOGNON (A.)
- -	DJOURNO (A.)
Cancérologie expérimentale	MATHÉ (G.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie et Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
- -	COUJARD (R.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale, Droit médical et déontologie	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	N...
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
- -	KUSS (R.)
- -	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
- -	BRICAIRE (H.)
- -	PEQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	MAURICE (P.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.-R.)
-	LECHAT (P.)
Physiologie	BARGETON (D.)
-	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétric.	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	LAMOTTE (M.)
Thérapeutique appliquée	N...

b)- Professeurs à titre personnel :

Anatomie	CABROL (Ch.)
Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)

MM.

Bactériologie ..... BARBIER (P.)
Biochimie médicale ..... DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale ..... BOURLIERE (F.)
Parasitologie ..... LARIVIERE (M.)
Pathologie expérimentale ..... LOEPER (J.)
Physiologie ..... (DEJOURS (P.)
(SCHERRER (J.)
Physique médicale ..... (KELLERSHOHN (L.)
(GOUGEROT (L.)
(ROUCAYROL (J.-Cl.)
(TUBIANA (M.
Radiologie médicale ..... FISCHGOLD (H.)

2°)- CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a)- Professeurs titulaires :

MM.

Clinique carcinologique ..... DENOIX (P.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker) ..... REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais) ..... SOULIÉ (P.)
- -- (Boucicaut) ..... LENEGRE (J.)
Cliniques chirurgicales (Beaujon ..... LORTAT-JACOB (J.-L.)
(- ..... BAUMANN (J.)
(Cochin ..... LEGER (L.)
(Hôtel-Dieu ..... PATEL (J.)
(Saint-Antoine ..... GOSSET (J.)
(Salpêtrière ..... SICARD (A.)
(Tenon ..... OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin) ..... MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
- - - (Foch) ..... PADOVANI (P.)
- - - (Beaujon) ..... CAUCHOIX (J.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades) ..... FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais) ..... DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laënnec) ..... MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis) ..... DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié) ..... DECOURT (J.)

MM.

Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades) ..... LAMY (M.)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca) ..... HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis) ..... DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades) ..... TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard) ..... MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne) ..... DELAY (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais) ..... BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière) ..... CASTAIGNE (P.)

Cliniques médicales
(Bicêtre ..... DEPARIS (M.)
(Broussais ..... MILLIEZ (P.)
(Cochin ..... N...
(Hôtel-Dieu ..... BARIETY (M.)
(Pitié ..... DREYFUS (G.)
(Saint-Antoine ..... CONTE (M.)
(Saint-Antoine ..... KOURILSKY (R.)
(Saint-Antoine ..... BOUDIN (G.)

Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat) ..... DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades) ..... MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais) ..... JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu) ..... DEROT (M.)
Clinique néphrologique (Necker) ..... HAMBURGER (J.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié) ..... DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière) ..... GARCIN (R.)

Cliniques obstétricales
(Baudelocque ..... LACOMME (M.)
(Saint-Antoine ..... MERGER (R.)

Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal) ..... VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu) ..... OFFRET (G.)
- - (Cochin) ..... BREGEAT (P.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière) ..... AUBRY (M.)

MM.

Clinique de pédiatrie (Trousseau) ..... MOZZICONACCI (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul) ..... THIEFFRY (S.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec) ..... BROUET (G.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière) ..... MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin) ..... COSTE (F.)
Clinique de rhumatologie (Lariboisière) ..... SEZE (S. de)
Clinique stomatologique (Salpêtrière) ..... CERNEA (P.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard) ..... ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine) ..... LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique (F. Widal) ..... GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré) ..... JUDET (R.)
Clinique urologique (Cochin) ..... ABOULKER (P.)
- - (Necker) ..... COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau) ..... LAPLANE (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin) ..... DOMART (A.)
- - (Lariboisière) ..... BOUVRAIN (Y.)
- - (Pitié) ..... RAMBERT (P.)
- - (Rothschild) ..... WOLFROMM (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicale (Broussais) ..... POILLEUX (F.)

b)- Professeurs à titre personnel :

Hématologie ..... (ANDRE (R.)
(BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie ..... GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses ..... BASTIN (R.)
Médecine ..... (AZERAD (E.)
(BOUR (H.)
(CAROLI (J.)
(DREYFUS (B.)
(GROSSIORD (A.)
(LAMBLING (A.)
(LAUNAY (Cl.)
(PAYET (M.)

MM.

Médecine	(PERRAULT (M.)
	(SIGUIER (F.)
	(WORMS (R.)
Néphrologie	RICHET (G.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE (F.)
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-rhino-laryngologie	MADURO (R.)
Pédiatrie	(POLONOVSKI (Cl.)
	(ROYER (P.)
Pneumo-phtisiologie	(KREIS (B.)
	(MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM.

Anatomie pathologique	GOUYGOU (Ch.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale	(CARTIER (P.)
	(GONNARD (P.)
	(NORDMANN (J.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)
Chirurgie	CERBONNET (G.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.)
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Neuro-psychiatrie	TARDIEU (C.)
Pédiatrie	ROSSIER (A.)
Physique médicale	(COURSAGET (J.)
	(GREMY (F.)
Physiologie	GIRARD (Fr.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)

III.- PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

MM.

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr.s.ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr.s.ch.

IV.- PROFESSEURS ASSOCIES

Hormonologie	MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiolog.	SCHWARTZ (D.)

MM

Secrétaire général de la Faculté	M. LONA (J.)
Conseiller administratif	Mlle CHAINTREUIL (C.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (C.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr. SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Je remercie

Monsieur le Professeur VERNE

d'avoir bien voulu accepter
la présidence de cette thèse.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

DES

CHYLURIES

****
****
*****
***
*

INTRODUCTION

La chylurie est une complication des Wuchereriroses (Wuchereria Bancrofti et Wuchereria Malayi). Elle a pour cause l'oblitération d'une des branches de la citerne de Pecquet avec dilatation des lymphatiques en amont jusqu'au niveau du bassinet.

La rupture d'un vaisseau lymphatique entraîne la pénétration de la lymphe dans le bassinet.

RAPPEL

I/- CYCLE

L'agent vecteur de la maladie est le plus souvent un culex femelle. L'insecte absorbe des microfilaires avec le sang d'un sujet filarien. Ces microfilaires suivent une évolution cyclique : le culex devient infestant. Lors de la piqûre d'un sujet neuf, les larves infestantes contenues dans sa trompe seront déposées sur la peau qu'elles pénétreront activement. Ces larves deviennent des adultes mâles et femelles qui se logent et copulent en amont des ganglions lymphatiques.

Les microfilaires ou embryons qui naissent séjournent dans le sang suivant une certaine périodicité :

- WUCHERERIA BANCROFTI : microfilaires nocturnes
- WUCHERERIA BANCROFTI, variété PACIFICA : microfilaires nocturnes et diurnes
- WUCHERERIA MALAYI : microfilaires nocturnes.

II/- GÉOGRAPHIE

- WUCHERERIA BANCROFTI :

Asie (Chine, Japon, Indochine, Ceylan, Péninsule et Archipel malais).

Afrique : Côte orientale jusqu'en Egypte.

Madagascar : les Comores, la Réunion, Ile Maurice.

Amérique du Sud

Amérique centrale (Guyane, Antilles)

Océanie.

- WUCHERERIA MALAYI :

Indes

Archipel et Péninsule malais.

III/- CLINIQUE

L'incubation est variable (trois mois au moins).

Ce sont essentiellement des lymphopathies : d'abord des accidents locaux aigus de type inflammatoire rapidement résolutifs, parfois récurrents ; puis, des troubles de la circulation lymphatique définitifs qui donnent des déformations plus ou moins monstrueuses dans les territoires intéressés.

Parfois seulement, on est en présence de la grande éosinophilie tropicale.

a)- Les accidents aigus.

= Les accidents génitaux aigus :

- Lymphangite du scrotum
- Funiculite très douloureuse
- Orchite d'installation brutale

= Les lymphangites aiguës :

Localisées le plus souvent aux membres, surviennent 3 à 20 mois après l'infestation. Elles ont un caractère centrifuge et récurrent; ne s'infectent pas.

b)- Les accidents chroniques.

- Les épanchements de la vaginale,
- L'adéno-lymphocèle,
- Les varices lymphatiques, conséquences de la stase,

peuvent se rompre et provoquer ainsi des lymphorragies externes ou internes ;

- Les orchi-épididymites chroniques,
- L'éléphantiasis,
- La chylo-lymphurie.

Due à W. Bancrofti.

Rarement secondaire à une fistule vésico-lymphatique.

P. HUARD ne l'a jamais rencontrée à Hanoï.

Presque toujours, il s'agit d'une lymphorragie profonde dans le bassinet. L'oblitération d'une des branches de la citerne de Pecquet provoque une stase lymphatique à l'origine de varices qui se rompent dans le bassinet.

La cicatrisation spontanée est rare et une fistule tenace s'installe, provoquant une chylurie, une lymphurie, une chylo-lymphurie, une polylympho-chylurie ou une hémato-lympho-chylurie.

Au Tonkin, en 1953, P. HUARD donne les chiffres suivants:

Chylurie ou lympho-chylurie	27 %
Poly-lympho-chylurie	10 %
Hémato-lympho-chylurie	63 %

Le début est :

- tantôt discret, les urines devenant soudain lactescentes ;

- tantôt brutal, avec :

. crises de colique néphrétique plus ou moins sévères,
. soit rétention aiguë d'urine,
. soit seulement un syndrome vésical :
- pollakiurie,
- ténesme.

Cette symptomatologie est partiellement liée à la structure de la chylolymphe qui va de la consistance de l'eau de riz à celle de la gelée de fruit ou même de caillots chyleux aussi durs que des calculs.

Parfois enfin, le début est marqué par une hématurie isolée qui évoluera par la suite vers l'hématochylurie ou la chylolymphurie. L'évolution se fait par crises douloureuses à intervalles variables (parfois plusieurs années) :

- soit vers la lymphochylurie pure, aseptique sans infection urinaire ou retentissement rénal, de bon pronostic même non traitée ;

- soit vers l'hémato-pyo-chylolymphurie + infection urinaire chronique entraînant un retentissement rénal discret, réversible, de bon pronostic si elle est traitée ;

- soit vers l'hémato-pyo-lymphochylurie avec infection urinaire et retentissement rénal irréversible, de mauvais pronostic, même traitée.

Il convient de distinguer deux phases évolutives :

- l'une de chylurie intermittente, sur laquelle le traitement médical est souvent efficace ;

- l'autre de chylurie permanente, où seules la chirurgie ou la radiothérapie peuvent être employées.

Au cours d'une chylolymphurie, la diurèse peut être augmentée à trois litres. Les urines, laiteuses à l'émission, contiennent :

- albumine,
- corpuscules de graisses,
- lymphocytes,
- hématies,
- fibrine provoquant la coagulation,
- microfilaires à toute heure, sans aucune périodicité.

C'est une affection ouverte ; les complications septiques sont donc toujours possibles. C'est surtout l'infection ascendante qui précipite l'évolution.

o
o o

EXAMENS COMPLEMENTAIRES DANS LA CHYLOLYMPHURIE

1/- Examen des urines.

Culot urinaire :

Examen cytologique
Examen chimique
Examen bactériologique
Examen parasitologique
Hématies leucocytes / minute.

2/- Les épreuves fonctionnelles rénales.

- Urée sanguine
- P.S.P.
- Van Slyke
- Cystoscopie : montre souvent une vessie congestive. Les méats urétéraux sont peu visibles, avec un aspect en trou de golfe.

- On a pu obtenir, par cinématographie endovésicale, de belles images d'éjaculation de chyle au méat urétéral.

- L'épreuve de séparation des urines peut ramener : d'un côté des urines claires, de l'autre des urines chyleuses.

3/- L'urétéro-pyélographie rétrograde

peut mettre en évidence la fistule pyélo-lymphatique ou lymphatico-calicielle, plus rare, par une image en mèche de cheveux qui traduit le reflux pyélo-lymphatique.

Cette image est caractéristique de la fistule chylurique, mais son interprétation peut être rendue difficile par une éventuelle image d'extravasation du liquide opaque secondaire à une rupture papillaire.

4/- L'urographie intraveineuse

ne montre que rarement l'anastomose au niveau du bassinet. Elle sera pratiquée à titre d'épreuve fonctionnelle du rein.

5/- La lymphographie,

de pratique plus récente.

Technique

Par voie intradermique, au niveau de l'espace interdigital compris entre le premier et le deuxième orteil, injecter 2 cm3 d'un mélange contenant à parties égales : 0,5 % de bleu Evans, 1 % de procaïne. Le bleu Evans est absorbé électivement par les lymphatiques qui sont identifiables en moins de cinq minutes. Aseptiquement, pratiquer une petite incision cutanée dorsale à proximité. Isolement du lymphatique, le cathétériser avec une aiguille fixée par une ligature ou mieux par une pince reliée à un tube de polyéthylène, lui-même relié à une seringue de 10 cm3. Injecter le colorant à pression constante en 30' à 45'.

Il faut employer un lipiodol extra-fluide. La dose totale injectée est de 15 à 20 cm3.

La lymphographie sera uni ou bilatérale.

Radiographies dans la zone à explorer, au moment de l'injection et 24 heures plus tard.

Résultats

J.D. PICARD a obtenu une opacification des lymphatiques jusqu'au canal thoracique et objectivé la fistule pyélo-lymphatique droite en découvrant un véritable pyélogramme.

Cette technique est remarquable et plus élégante que l'urétéro-pyélographie rétrograde. Seule, la lymphographie a pu détecter la fistule responsable d'une chylurie permanente depuis trois ans. L'urographie intraveineuse et l'urétéro-pyélographie rétrograde étaient normales.

La lymphographie a permis, en outre, de démontrer le blocage complet du canal thoracique. Les urines chyleuses radiographiées en fin d'examen contenaient la substance iodée de contraste. De plus, les urines de la malade, habituellement blanches comme du lait, étaient d'un bleu ciel : le bleu Evans, qui avait permis un repérage des lymphatiques ayant emprunté lui aussi le trajet fistuleux pour s'éliminer. Certes, cette élimination se fait par la voie rénale, mais le colorant n'apparaît chez le sujet normal que tardivement (le lendemain).

o

o o

DU POINT DE VUE DU DIAGNOSTIC,

Deux difficultés :

1/- Affirmer qu'il s'agit d'une chylurie vraie et non d'urines lactescentes qui ne sont pas coagulables, ou d'une pyurie qui donne également des urines blanchâtres.

Dans la chylurie vraie, les urines laiteuses à l'émission peuvent parfois coaguler spontanément ou, plus souvent, sédimenter en plusieurs couches, la couche supérieure étant d'apparence graisseuse.

2/- La chylurie vraie étant affirmée, il importe d'en préciser l'étiologie filarienne, la première évoquée en zone d'endémie.

Il existe d'autres causes de chylurie, par:

- malformation des voies lymphatiques,
- ganglion médiastinal,
- grosse oreillette,
- anévrysme aortique,
- cancer du rein,
- lymphosarcome juxta-rénal,
- lymphangite tuberculeuse sous-péritonéale,

d'où la nécessité de découverte des microfilaires dans le sang, les urines ou les ganglions, ou de macrofilaires dans un ganglion lors d'une biopsie, ou par la radio en cas de macrofilaire calcifiée.

L'évolution spontanée est capricieuse ; il est indispensable de traiter avant la survenue des complications.

o
o o

MÉTHODES DE TRAITEMENT JUSQU'ICI PROPOSÉES.

1/- Médical.

C'est la Diéthyl-carbamazine, essentiellement :

400 mg par jour chez l'adulte,
6 mg par kg et par jour chez l'enfant.

Cure de dix jours, à renouveler après dix jours d'arrêt. Action rapide, mais récidives fréquentes. Agit

uniquement sur les microfilaires.

Autres traitements médicaux :

- Les antimoniaux :
  - . Néostibosan
  - . Anthiomaline.
- Les arseniaux :
  - . L'arsénamide
  - . Le Mapharsène
  - . Le Mel W : agit sur les macrofilaires de la forme périodique de W. Bancrofti, mais provoque des réactions inflammatoires au niveau des gites vermineux.

2/- Traitement radiothérapique.

Irradiation uni ou bilatérale de la région dorso-lombaire et de la région épigastrique.

La guérison est obtenue dans 30 % des cas.

L'encadrement de la radiothérapie par la cure de Notézine accroît la fréquence des guérisons.

3/- Chirurgical.

Cystostomie pour éliminer les caillots non éliminés par les lavages et l'aspiration.

Néphrectomie si la lésion est unilatérale.

o
o o

NÉCESSITÉ D'UNE AUTRE TECHNIQUE

Historique

Mise au point par le Professeur L. LEGER.

Technique

C'est la ligature élective des vaisseaux lymphatiques du pédicule rénal opacifiés durant l'intervention par injection colorée du bassinet à l'aide d'une sonde urétérale. L'abord du rein est une simple lombotomie. On se base sur les rapports du rein avec la 12me côte, pour décider de l'opportunité d'une résection costale. Une fois le rein dégagé, on pousse dans la sonde urétérale le colorant.

Le colorant injecté est du bleu patent ; la quantité nécessaire est d'environ 8 ml. Les canaux se colorent en bleu noir. Lorsque les canaux lymphatiques sont colorés en bleu foncé, on en pratique une section sous contrôle de la vue.

La "squelettisation" du pédicule rénal avec décapsulation a été préconisée par TORRES et ESTRADA. Deux risques :

- une excision incomplète des lymphatiques ;
- une plaie vasculaire, lors d'un temps de dissection inutile.

Les suites opératoires de la ligature élective des lymphatiques sont apyrétiques et il n'y a pas d'épanchement chyleux dans la loge rénale. Cette technique est plus efficace et atromatique.

On a observé une récidive immédiate de la chylurie après intervention correctement menée sur le côté gauche, siège manifeste de fistules pyélo-lymphatiques. On en conclut donc qu'un grand nombre de chyluries d'apparence unilatérale sont en fait bilatérales.

L'intervention idéale pour le traitement des chyluries semble donc la ligature bilatérale des lymphatiques, après opacification rétrograde à l'aide d'une grosse sonde montée dans le bassinet.

OBSERVATIONS

A/ - Monsieur P. V..., 39 ans, Martiniquais, entre dans le service le 16 Mars 1966, pour récidive de chylurie.

1959 - A la Martinique : Chylurie (2 à 3 jours)

+ adénopathies inguinales bilatérales douloureuses sur face antéro-interne des deux cuisses,

+ bourses gonflées + réaction scrotale érythémateuse légère,

+ douleurs testiculaires.

Il n'y a pas eu d'oedème des membres inférieurs.

Puis, régression absolue des troubles.

1961 - En France : Nouvelle crise identique. Hospitalisation à Beaujon. Mise en évidence de filaires ; traitement par Notézine. Puis, à nouveau, intervalles libres entrecoupés par des crises.

En outre, "les jambes ne le portent plus".

Septembre 1964 - Nouvelle crise de chylurie : Hospitalisation à Cochin. Ganglions inguinaux et testicules sensibles + crampe para-ombilicale droite.

L'urographie intraveineuse ne donne pas de conclusion.

Lombotomie droite.

Injection de colorant pour visualiser les communications ; celles-ci sont plus urétéro-lymphati-

ques que néphro-lymphatiques.

Suture. Section.

Dans la suite :
- thrombophlébite du membre inférieur droit,
- embolie pulmonaire.

Un mois après l'intervention, urétéro-pyélographie rétrograde de contrôle, à droite, est normale.

A la sortie, un certain degré de chylurie.

Janvier 1965 : Brusque aggravation de la chylurie, entraînant une nouvelle hospitalisation. On essaie de placer une sonde urétérale gauche qui bute à 5 cm.
Lombotomie gauche.

Octobre 1965 : Reprise de la chylurie. Le malade consulte à Claude-Bernard qui l'envoie à Cochin.

16 Mars 1966 : Nouvelle hospitalisation. Chylurie permanente + crampe para-ombilicale gauche d'intensité modérée.
Testicule droit atrophique sensible.
Adénopathies inguinales, bilatérales, rénitentes, bien limitées, indolores.
Le reste de l'examen est normal.

N.F.S. : 4.890.000 hématies H + 50 %
4.200 G. blancs : 46 % P.N.
3 % Eosino
1 % Baso
37 % Lympho
13 % Monocytes

Ionogramme : Cl - 102 mEq
Na + 138 mEq
K + 4 mEq

Urée : 0,30 g/l.

Glycémie : 0,95 g/l.

Lipides urinaires : 2,oo g/l.

Protides totaux : ..71 g/l

Sérine 37,5
Globuline 33,5
Rapport S/G 1,12

Cystoscopie :

Vessie normale contenant des urines troubles (chyle).

Montée de deux sondes urétérales dans les bassinets pour pyélographie bilatérale :

- Sonde rouge à gauche (tombée) : chylurie
- Sonde verte à droite : urine légèrement hématique (trauma. du cathéter).

Aspect normal.

Au total : chylurie gauche ou vésicale.

Urétéro-pyélographie rétrograde :

Aspect de plage opaque non homogène au niveau du flanc gauche des vertèbres L2 et L3. (Persistance de la lymphographie de Septembre 1965).

Pas de communication lymphatique visible avec le bassinet ou l'uretère gauche ni droit

+ par ailleurs, refoulement en dedans de l'uretère droit au niveau de la 5me vertèbre lombaire.

	Rein droit	Rein gauche + Vessie (Sonde tombée)
Macroscopie	Aspect rougeâtre	Aspect laiteux
Lipides	11 mg / 100 ml	86 mg / 100 ml
Cl -	25,2 mEq / 24 h.	0,40 mEq / 24 h.
Na +	25 mEq / 24 h.	42 mEq / 24 h.
K +	12,22mEq / 24 h.	15,8 mEq / 24 h.

25 Mars : Nouveau bilan lipidique :

Lipides sanguins 5,30 g/l.
Lipides urinaires 1,80 g/24 h. (1 litre).

On suspecte une origine vésicale de la chylurie : - intervention sur les deux reins dans les antécédents ;
- d'après le cathétérisme, cette origine est possible.

On demande alors une cystographie rétrograde. Elle n'a pas montré de reflux cysto-lymphatique.

o
o o

B/ - Monsieur A. R..., 29 ans, Martiniquais, entre à Cochin le 25 Mars 1965, pour chylurie et hématurie discrète.

Histoire de la maladie :

Début à 16 ans : urine du lait.
Traitement par Notézine.
Trois semaines après le traitement, les urines redeviennent claires.

Deux mois après, récidive. Nouveau traitement par Notézine, mais cette fois la chylurie ne disparaît pas complètement.

Les urines sont claires le matin, blanchissent au cours de la journée.

De 1958 à 1963 : les urines sont blanchâtres presque quotidiennement.

En 1963 : apparition d'une asthénie, d'une fatigabilité + douleurs lombaires droites à type de pesanteur + sang dans les urines.

En 1965 : hospitalisé à Fort-de-France, pour : albuminurie. Pas d'oedème des membres inférieurs.

Traitement : Régime désodé pendant un mois + Notézine.

Recherche nocturne des filaires dans le sang : négative.

Examen le 26 Mars 1965 :

Urines blanches comme du lait le matin, mêlées à du sang.

1- Appareil urinaire :

Pas de masse lombaire palpable.
Pas de dysurie.
Mais pollakiurie,
brûlures mictionnelles.
Pas d'oedème du membre inférieur.

2- Petites adénopathies inguinales en graines de plomb.

Par ailleurs : R.A.S.

Cystoscopie (26 Mars) : Vessie de capacité normale, très sale (le bas-fond est très inflammatoire et paraît saigner doucement en nappe). Difficilement, on monte une sonde à droite qui bute à 25 cm. L'orifice gauche ne peut être cathétérisé.

30 Mars 1965 : Cystoscopie :

Cathétérisme facile. Urines troubles. Vessie de petite contenance. La muqueuse vésicale est irrégulière, avec quelques colonnes. Un caillot fibrineux transparent dans le fond de la vessie.

Les orifices urétéraux droits et gauches sont repérés.

Il est impossible de les cathétériser sur plus de 3 à 4 mm., même avec les sondes les plus fines et malgré des essais répétés.

1er Avril 1965 :

Sécrétion satisfaisante des reins.

La morphologie pyélo-calicielle semble normale,

malgré l'absence de compression abdominale.
Pas de reflux dans les voies lymphatiques.
La vessie est normale.
Anomalie de la jonction pyélo-urétérale.

Examen complémentaire :

Protides	64,50 g/l	
Sérine	32 g	
Globulines	32,50 g/l	Rapport: I
Lipides totaux :	4,45 g/l	

2 Avril 1965 :

Continue à avoir des urines blanchâtres.
Constipation.

8 Avril 1965 : Lymphographie.

Lymphatiques dilatés fortement dans les chaînes iliaques externes, comme s'il y avait une gêne à l'évacuation. Lymphatiques rénaux droits injectés. Poumons indemnes.
Lipides urinaires : 1 g o/oo

13 Avril 1965 :

Cathétérisme urétéral droit difficile.
A gauche, par contre, la sonde bute à 1 cm.

Urographie intraveineuse :

- Sécrétion satisfaisante des reins.

- La morphologie pyélo-calicielle semble normale, malgré l'absence de compression abdominale.

- Pas de reflux dans les voies lymphatiques inter-papillo-vertébrales.

- Vessie normale.

- Anomalie de la jonction pyélo-urétérale sans retentissement sur le haut appareil.

25 Avril 1965 :

Chylurie. Pas de reflux pyélo-lymphatique à

droite, seul côté où un cathétérisme unilatéral a été possible. Ligature des lymphatiques péripédiculaires droits.

Lombotomie droite + résection partielle de la 12me côte. Extériorisation du rein. Injection rétrograde de bleu patent dilué qui injecte le bassinet, mais non les lymphatiques. Dissection de l'uretère, du bassinet, du pédicule rénal. Ligature de volumineux canaux lymphatiques distendus et tortueux.

Sortie le 26 Avril 1965.

31 Juillet 1965 : Consultation du Pr. LEGER, parce qu'on a découvert de l'albumine dans ses urines à La Salpêtrière où il avait demandé un emploi.

Persistance d'une chylurie discrète.

Deuxième hospitalisation le 3 Août 1965, pour persistance de chylurie, albuminurie.

Depuis sa sortie, le 26 Avril 1965, les urines ont été claires jusqu'au début du mois de Juin, date à laquelle une chylurie intermittente est réapparue, survenant après avoir mangé des repas gras.
Découverte d'une albuminurie à La Salpêtrière.
Excellent état général. R.A.S. par ailleurs.

5 Août 1965 :

N.G. - F.S. : Globules rouges : 5.300.000
Globules blancs : 3.800
(Neutro. : 52 %
(Eosino. : 12 %
(Lympho. : 28 %
(Mono. : 8 %

Taux de prothrombine : 100 %

Urée : 0,45 g/l

Glycémie : 0,95 g/l.

Ionogramme : Cl : 95,5 mEq/l
Na : 133 mEq/l
K : 3,7 mEq/l

Albuminurie : 1,8 g/24 h.

Protides : 73,50 g/l

Sérine : 35 g/l
Globuline 38,50 g/l Rapport : 0,90

Lipides : 4,8 g/l

Lipides urinaires : 0,31 g/l

Cystoscopie : Cathétérisme de l'uretère gauche impossible ; la sonde urétérale bute à 2 cm.

12 Août 1965 : Lombotomie gauche + résection de l'extrémité de la 12me côte. Rein petit, franchement lobulé.

Dissection de la face postérieure du pédicule rénal en liant les lymphatiques. Les lymphatiques des bords supérieur et inférieur du pédicule sont coupés entre deux ligatures.

La face antérieure du pédicule est également pelée soigneusement de ses lymphatiques.

24 Août 1965 : Le malade va bien.

Lipides urinaires : 0,14 g/24 h.

28 Août 1965 : Le malade constate que ses urines sont chyleuses à nouveau depuis deux jours.

31 Août 1965 : Départ en convalescence.

13 Octobre 1965 : Persistance d'une chylurie discrète et intermittente, survenant après ingestion de mets gras.

C/ - Mademoiselle B. R..., 24 ans.

1959 - Urines troubles et blanches, pendant 2 jours, surtout matinales.

1961 - Nouvel épisode.
Traitement par Notézine.

Février 1963 : Chylurie évoluant pendant une semaine.

Depuis Novembre 1963 jusqu'à Janvier 1964 : La chylurie survient inopinément. Par ailleurs, R. A.S. Pas d'antécédents.

Urographie intraveineuse, le 21 Janvier 1964: Temps urétéral normal, bonne sécrétion. Empreinte vésicale droite probablement extrinsèque.

2 Février 1964 : Etat général très satisfaisant.

3 Février 1964 : Cystoscopie.

Vessie normale.
Cathétérisme urétéral. La sonde bute à droite à 2 cm, puis passe.

Pyélographie bilatérale : reflux lymphatique bilatéral autour du pédicule et du rein de chaque côté.

6 Février 1964 :
Globules rouges : 4.200.000
Globules blancs : 10.600, dont 90 % de polynucléaires.

7 Février 1964 : Lymphographie.

Transit normal.
Pas de passage visible dans les voies urinaires, mais à gauche piquetis opaque.
Aspect légèrement tourmenté des voies lymphatiques droites, en regard de L3 et L4.

17 Février 1964 : Chylurie d'origine filarienne.

Une pyélographie bilatérale a montré l'existence d'un reflux lymphatique tout à fait caractéristique.

Une lymphographie a montré l'existence d'une citerne de Pecquet un peu dilatée.

Lombotomie gauche sans résection costale.

Section des lymphatiques à la face postérieure du pédicule.

28 Février 1964 : Intervention centro-latérale droite.

19 Mars 1964 : Va bien ; quitte le service.

6 Février 1965 : Aucune anomalie depuis sa sortie, jusqu'à il y a quinze jours : au réveil, le matin, urines laiteuses. Depuis, urines claires.

Une urétéro-pyélographie rétrograde bilatérale avait été pratiquée le 7 Octobre 1964 : pas de reflux.

La séparation des urines montre une fonction normale des deux reins.

15 Février 1965 : Urétéro-pyélographie rétrograde bilatérale + montée de sonde montre un petit reflux lymphatique à gauche. Un canalicule s'implante sur le bassinet ; quelques autres communiquent avec les calices.

Sort le 19 Février 1965.

C O N C L U S I O N S

Nous avons vu que l'évolution spontanée d'une chylurie est très capricieuse. On peut distinguer deux phases évolutives :

1/- La première, phase de chylurie intermittente pendant laquelle le traitement médical est souvent efficace.

2/- La seconde, de chylurie permanente, contre laquelle la radiothérapie et la chirurgie peuvent être employées.

Cette évolution est, en outre, émaillée de graves complications :

1- Infection urinaire chronique.

2- Retentissement rénal irréversible de cette infection urinaire, si elle n'est pas traitée.

3- Colique néphrétique.

4- Hématurie.

5- Rétention d'urines aiguë, par coagulation intra-vésicale.

6- Asthénie et amaigrissement en rapport avec la spoliation lipido-protidique.

Il est donc indispensable de traiter les chyluriques avant la survenue de ces complications.

D'après mon observation, nous avons vu que mon malade n'avait pas été amélioré par le traitement

médical (Notézine) ; qu'en outre, il se produit des complications à l'électrocardiogramme.

Le traitement radiothérapique ou la chirurgie doivent donc être envisagés.

La lymphographie permet de déceler le côté de la fistule. Nous avons constaté une récidive immédiate de la chylurie du côté opposé (l'hyperpression faisant s'ouvrir les communications pyélo-lymphatiques du côté opposé). Cela tient au fait qu'un grand nombre de chyluries d'apparence unilatérale sont en fait bilatérales. L'intervention idéale nous semble donc la ligature bilatérale des lymphatiques.

Comme nous l'avons vu dans mon observation, le traitement chirurgical, le meilleur, laisse un certain pourcentage d'échecs, auxquels il faut ajouter le risque d'une double lombotomie.

Actuellement, des cystographies rétrogrades (lorsque la récidive a lieu après ligature bilatérale des lymphatiques) sont pratiquées de façon à rechercher un reflux cysto-lymphatique. Il en résulte la nécessité d'un traitement prophylactique :

1- Détruire les moustiques et leurs larves par les insecticides.

2- Détruire les microfilaires chez leurs porteurs :

- par traitement des porteurs,
- ou par traitement de masse.

VU & PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur
de l'Académie de Paris,

J. ROCHE

Le Doyen de la Faculté
de Médecine,

G. BROUET

Le Président
de la thèse,

J. VERNE

B I B L I O G R A P H I E

BENEX (J.) et DESCHIENS (R.) - Aspects électrophorétiques des protéines du sérum sanguin dans les filarioses à Wuchereria Bancrofti.- Bull. Soc. Path. Exot. 1961, 53, 6, 932-935.

BRUMPT (E.) - Précis de Parasitologie (Masson, éd.), 1949.

DURAND (G.), LEMAITRE (M.) et BRIDEL (G.) - Diagnostic de filariose par leuco-concentration dans le sang périphérique.- Bull. Soc. Path. Exot. 1964, 57, 5, 949-951.

DODIN (A.) et RAKOTOMALALA (J.P.) - Méthodes nouvelles de concentration des hémoparasites extracellulaires.- Bull. Soc. Path. Exot., 1963, 56, I, 25-29.

FRIEDHEIM (E.A.H.) - Le traitement de l'onchocercose au Mel W. d'activité macrofilaricide.- Bull. Soc. Path. Exot., 1964, 57, 5, 952-955.

GALLIARD (H.) et BRUMPT (L.) - Diagnostic des filarioses.- Rev. Prat. 1965, XI, 209.

GENTILINI (Marc) - Les filarioses pathogènes de l'homme : leur diagnostic et leur traitement actuel.- Arnette, Paris, 1962.

HOTHI SANG et PETIT HORY (J.) - Technique de concentration des microfilaires sanguicoles.- Bull. Soc. Path. Exot., 1963, 56, 2, 197-206.

LEGER (L.), SCHNEIDER (J.), MOUKTAR (M.), BJELY (C.) et TRANSIBON - Traitement de la chylurie par ligature et section élective après coloration des lymphatiques péri-rénaux.

MARCHAL (G.), BILSKI-PASQUIER, PERLES (Mme S.) et GENTILINI (M.) - Note préliminaire sur la technique de leucoconcentration appliquée à la recherche de la microfilarémie.- Bull. Soc. Path. Exot., 1963, 56, 2, 126-129.

MARTIN (Maurice) - Pathologie exotique.- Doin, éditeur, 1965.

MILLE (R.), PAPA (F.), DELLOQUE (M.) - Note préliminaire sur la physionomie actuelle de l'endémie filarienne dans l'île de la Martinique.- Bull. Soc. Path. Exot., 1961, 54, 4, p. 386.

PRAT (J.), BAQUE (V.B.) et PEYRON (J.) - Intérêt de la lymphographie dans l'identification des lésions lymphatiques de la chylurie.- Médecine tropicale, 1964, 5, 583-588.

ROUSSEAU (C.), KERNEIS (J.P.) et BRUNEAU (Y.) - Epididymite filarienne révélée dix ans après l'infestation.- Bull. Soc. Path. Exot., 1961, 54, 2, p. 181-183.

SCHNEIDER (Jean) - Problèmes diagnostiques et thérapeutiques de médecine tropicale dans la pratique médicale courante en France.

TURIAF (J.), ARVAY (N.), PICARD (J.D.) et GENTILINI (M.) - Contribution de la lymphographie à l'i-

dentification des lésions lymphatiques abdomino-thoraciques et des fistules lympho-urinaires au cours de la chylurie filarienne.- Bull. Soc. Path. Exot., 1962, 55, 5, 855-866.

VAUCEL (Marcel) - Médecine tropicale, 282-312. - Flammarion, éditeur.